

DEMANDE D'ADHÉSION

Adhésion Modification d'adhésion



AMICALE DOM-TOM RATP

RAPATRIEMENT DE CORPS - DÉCÈS ASCENDANTS



ADHÉRENT

Civilité M. Mme Nom

Nom de naissance

Prénoms

N° de Sécurité sociale N° AMICALE

Date de naissance Pays de naissance

Commune de naissance

Sexe F M Profession

Situation de famille :

célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Département d'origine ou de rattachement :

971 972 973 974 975 976 Autre

Rés, Bât, Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone

e-mail

RÉSERVÉ À NOTRE ORGANISME

N° 13846154

DATE D'EFFET

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DÉCLARATION

1- Écrivez en lettres capitales.

2- Joignez impérativement :

- la photocopie de votre pièce d'identité officielle en cours de validité,
- votre relevé d'identité bancaire,
- la photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance pour vous et chaque membre de votre famille protégé par le contrat,
- partenaire lié par un PACS : attestation de PACS,
- concubin : attestation sur l'honneur de concubinage signée par les 2 concubins et tout justificatif de domicile commun.

3- Dater et signez votre demande d'adhésion.

4- Transmettez le tout à votre conseiller.

RAPATRIEMENT DE CORPS

Pour l'adhérent et son conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS et leurs enfants à charge, afin de bénéficier, en cas de décès, du rapatriement du corps vers l'un des départements français tels que définis dans le règlement.

	Nom	Prénom	Date de naissance
Conjoint ⁽¹⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		E-mail conjoint* <input type="text"/>
1 ^{er} enfant ⁽²⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		E-mail enfant* (si majeur) <input type="text"/>
2 ^e enfant ⁽²⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		E-mail enfant* (si majeur) <input type="text"/>
3 ^e enfant ⁽²⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		E-mail enfant* (si majeur) <input type="text"/>
4 ^e enfant ⁽²⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		E-mail enfant* (si majeur) <input type="text"/>
5 ^e enfant ⁽²⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		E-mail enfant* (si majeur) <input type="text"/>

(1) ou partenaire lié par un PACS ou concubin

(2) enfants à charge de 12 ans à 20 ans - assurés jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 20 ans.

* Les e-mails seront utilisés uniquement pour l'interlocution avec la cellule médicale.

Si vous avez plus de 5 enfants, indiquez les informations correspondantes sur papier libre.

DÉCÈS ASCENDANTS

Pour l'adhérent et son conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS, afin de bénéficier du financement d'un billet d'avion pour se rendre aux obsèques de ses père et mère (ou tuteur légal) dans l'un des départements français tels que définis dans le règlement.

Déclaration des Ascendants	Nom et prénom de l'ascendant	Date et département de naissance de l'ascendant	Adresse de l'ascendant
Membre participant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



ENGAGEMENT

J'autorise Malakoff Humanis Nationale à effectuer le prélèvement de mes cotisations sur mon compte bancaire. La cotisation annuelle de Malakoff Humanis Nationale est de 72 € par an, tarif applicable pour l'année en cours. Ce montant est susceptible d'évoluer par décision de Malakoff Humanis Nationale.

L'adhésion au règlement prend effet au plus tôt le premier jour du mois civil qui suit la réception par Malakoff Humanis Nationale de la demande d'adhésion, ou au 1er jour du mois civil qui suit l'acceptation médicale, accompagnées des pièces justificatives.

L'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au règlement Rapatriement De Corps pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la réception par ses soins du Certificat d'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception ou par recommandé électronique, envoyé au centre dont les coordonnées figurent sur la lettre accompagnant le Certificat d'adhésion. Elle peut être faite selon le modèle de rédaction suivant : « Je soussigné (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à l'adhésion au règlement Rapatriement de Corps, et demande le remboursement des cotisations versées, soit la somme deeuros, dans un délai de 30 jours suivant la date de réception de ma demande. Fait à le, Signature ».

Je certifie avoir été sollicité(e) par mon conseiller pour déterminer mes besoins et exigences en matière de couverture prévoyance et avoir bénéficié d'un conseil adapté à ma situation préalablement à l'adhésion au présent règlement.

Préalablement à la signature de la demande d'adhésion, je reconnais avoir reçu et pris connaissance du Document d'Information Produit référencé DIP/MHN/RDC ASC/122019, d'un exemplaire des statuts de Malakoff Humanis Nationale, du présent contrat (la demande d'adhésion et le Règlement Mutualiste référencé RM/RDC-ASC/MHN/01.2020 que j'accepte).

Les informations collectées sont toutes nécessaires à Malakoff Humanis Nationale, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, postmortem.

Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

En cochant cette case, j'accepte de recevoir par voie électronique des informations concernant les offres de produits et services de Malakoff Humanis et de ses filiales.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

À le Signature du salarié précédée de la mention "lu et approuvé"

Signature pour accord de l'enfant majeur/des enfants majeurs

